

様式第 1 号 (第 8 条関係)

白石市妊婦健康診査費助成申請書

		決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	
(ふりがな) 妊婦氏名					母子健康 手帳番号		
生年月日		S H	年	月	日生	電話番号	
住 所		〒					
妊婦健康診査を受けた月日と医療機関名を記入下さい。							
回 数		年 月 日		医 療 機 関 名		助成額(市で記入)	
母 子 健 康 手 帳 別 冊 受 診 票	初回	年 月 日					
	12 ~ 15 週前後	年 月 日					
	16 ~ 19 週前後	年 月 日					
	20 ~ 23 週前後	年 月 日					
	24 ~ 25 週前後	年 月 日					
	26 ~ 27 週前後	年 月 日					
	28 ~ 29 週前後	年 月 日					
	30 ~ 31 週前後	年 月 日					
	32 ~ 33 週前後	年 月 日					
	34 ~ 35 週前後	年 月 日					
	36 週前後	年 月 日					
	37 週前後	年 月 日					
	38 週前後	年 月 日					
	39 週前後	年 月 日					
	多胎用	年 月 日					
	多胎用	年 月 日					
	多胎用	年 月 日					
多胎用	年 月 日						
多胎用	年 月 日						
多胎用	年 月 日						
多胎用	年 月 日						
合計		回		金額			
				円			
口座振込名義人	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所		種 目		口 座 番 号	
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金			
				2 当座預金			
口座名義人		(ふりがな)					
白石市長 殿 上記のとおり、妊婦健康診査費助成の支給を申請します。 年 月 日 申請者 氏名 印							